Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 52 — 27 Juin 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
et Départements. . . . . 7 fr.
ger. . . . . 10 fr.
abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
ORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

BILINE ET UROBILINURIE, par M. ALLYRE CHASSEVANT 305
ITEMENT DE LA RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE, par M. E. COULON 306

ANALYSES

tomie et Physiologie : De l'acidité de l'urine z l'homme normal, par V. HAUSSMANN. — Elimination ale du sucre par les organes, par M. A. SEELIG. — luence des eaux chlorurées sodiques sur les échanges erstitiels chez l'homme, par M. C. DOPPER 307
tériologie : Recherches sur le pneumocoques de enkel, par MM. E. LÉVY et C. STEINMETZ. — Le méisme de la mort par les piqûres de tsétsé, par BRUCE (David). — Défense de l'organisme animal tre l'infection bactérienne, par M. A. KOUDRATIEFF. amen bactériologique du liquide herniaire, par M. A. ENTANO. 307
cologie et Psychiatrie : Faisceau pyramidal et adie de Little, par M. VAN GEHUCHTEN 308
adies des organes génito-urinaires : Epithéna de l'urèthre, par M. WASSERMANN. — Tuberculose la vessie : son traitement chirurgical, par M. W. EIFFENHAGEN 308

o-diagnostic de la fièvre typhoïde, par M. F. IDAL. . . . . CCLVII[1]

SOCIÉTÉS SAVANTES

iété de chirurgie : De la cholédocotomie. M. QUÉ. — Nouvel appareil à extension continue pour les actures obliques de la jambe, M. HENNEQUIN. CCLIX
iété médicale des hôpitaux : Paralysie arséniale chez une fille de sept ans, M. COMBY, MM. RENDU, HEILLY, SEVESTRE. CCLX
iété anatomique : Atrophie et adipose de reims alculeux, M. V. GRIFFON. — Altérations osseuses dans ostéite inflammatoire, M. CORNIL. — Fièvre typhoïde hez un tuberculeux, M. JOLLY. — Polype du naso-pharynx, M. MONNIER. — Polype de la muqueuse buccale, M. MONNIER. — Fracture de la colonne vertébrale, M. ISSAVY. — Lésion orbitaire à la suite d'atrophie du lobe oculaire, MM. REGNAULT et BOURNEVILLE. — Luxation congénitale de la hanche, M. REGNAULT. — Symphyse cardiaque, M. VERMOREL. — Entéro-anastomose, M. DEROQUES. — Cancer colloïde de la vésicule biliaire, M. THOMAS CCLXI
iété de thérapeutique : Propriétés emménagogues du séneçon, M. HEIM. MM. BOLOGNESI, BARDET. M. R. BLONDEL CCLXI
iété médico-chirurgicale : Emploi du chlorate de potasse pour hâter l'expulsion des calculs salivaires, M. PORGE. CCLXI
iété de médecine publique et d'hygiène professionnelle : L'assainissement de la maison, M. ROBIN. — Protection du travail des femmes, M. DION, MM. POITOU-DUPLESSIS, WALLICH. CCLXII
iété française d'électrothérapie : Note sur la franklinisation simple indolore, M. TRIPIER. — Action thérapeutique des courants de haute fréquence, M. D'ARSONVAL CCXLII
Sociétés étrangères : Angleterre, Russie, Italie . . . CCLXII

Répertoire thérapeutique. CCLXIV

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie. CCLXIV

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (2e médecine). — Ont obtenu :

Séance du 25 Juin.

MM.		MM.	
Souques	16	Thiroloix	16
Teissier	20		

Concours des Hôpitaux (2e chirurgie). — Ont obtenu :

Séance du 24 Juin.

M.		M.	
Souligoux	16	Thiéry	18

VARIÉTÉS

Un certificat médical de complaisance; condamnation du médecin. — Le docteur X..., a commis une grande imprudence en certifiant sur la seule déclaration du client une lésion qui n'existait pas, et circonstance aggravante, en indiquant la cause et les effets de cette lésion avec une précision qui ne laissait aucune place au doute. L'imprudence était d'autant plus condamnable que M. X... ne pouvait ignorer l'usage qui serait fait du certificat délivré par lui.

Sur le vu de ce certificat et la déposition de faux témoins, M. A..., fut condamné. Une nouvelle instruction ayant démontré la non-existence des faits allégués contre A..., qui avaient servi de base à l'accusation, les auteurs et complices de ce faux témoignage furent condamnés à trois ans de prison, et le médecin poursuivi devant le Tribunal civil (5e chambre) a été condamné à payer à M. A..., la somme de 500 francs à titre de dommages-intérêts et les dépens de l'instance.

NOUVELLES

Congrès français de médecine de Nancy. — Sur la demande du Comité d'organisation les chemins de fer de l'Etat, la Compagnie de l'Est, la Compagnie Franco-Algérienne, la Compagnie Transatlantique ont accordé le bénéfice du demi-tarif, soit une réduction de 50 pour 100 sur le prix des billets simples.

Les membres du Congrès qui désirent bénéficier de cette faveur sont priés d'en informer le Secrétaire général (M. P. Simon, 15, rue de la Ravinelle, Nancy) avant le 10 Juillet au plus tard, en indiquant exactement le parcours à effectuer (gares d'arrivée et de départ des réseaux de l'Est ou de l'Etat, ou gares de jonction de ces réseaux avec un réseau voisin). Le Secrétariat général se chargera des démarches nécessaires.

Les billets de demi-place de la Compagnie de l'Est seront valables du 1er au 16 Août inclusivement.

Ceux qui voyageront par d'autres réseaux ont avantage à prendre, pour se rendre à Nancy, soit des billets circulaires, soit des billets à itinéraire fixé d'avance. Pour la Compagnie de Paris à Lyon et à la Méditerranée, le mieux serait de prendre sur ce réseau un billet à itinéraire fixé d'avance, aboutissant à une gare de la Compagnie de l'Est où l'on jouit de la réduction de 50 pour 100. Pour le retour, on peut rentrer sur le réseau P.-L.-M. par une autre gare commune (consulter à cet égard l'indicateur Chaix).

La séance d'inauguration du Congrès aura lieu à la salle Victor-Poirel le jeudi 6 Août, à 10 heures du matin. Les séances ordinaires commenceront le même jour, à 2 heures de l'après-midi, à l'Institut anatomique (rue Linnois), où le Secrétariat sera installé.

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 1er Juillet 1896 : *Discussion* : Suite de la discussion sur la cholédocotomie (M. Monod, M. Michaux).

Rapport : Sur le bouton anastomotique de M. Hagopoff, par M. Chaput.

Communications : Nouveau procédé d'anastomose intestinale, par M. Picqué. — Pied bot valgus : allongement des péroniers, par M. Faure.

SÉRO-DIAGNOSTIC
DE LA FIÈVRE TYPHOIDE [1]

Par M. Fernand WIDAL
Médecin des Hôpitaux

Les recherches récentes de R. Pfeiffer et Koll[2] et de Max Gruber[3] ont montré que le sérum des hommes convalescents de fièvre typhoïde, comme celui des animaux immunisés contre l'infection typhique, mélangé *in vitro* à une culture de bacille d'Eberth, donnait une réaction des plus nettes, permettant d'établir le diagnostic différentiel de ce microbe et des coli-bacilles.

Voici en quoi consiste le phénomène. Après avoir ensemencé séparément des tubes de bouillon avec du bacille d'Eberth et du coli bacille, on ajoute à chacun d'eux quelques gouttes de sérum d'un animal fortement immunisé contre l'infection typhique et on les place à l'étuve à 37 degrés. Pendant les quatre ou cinq premières heures, le tube à coli bacille commence à se troubler, tandis que le tube à bacille d'Eberth reste presque complètement clair. Au bout de vingt-quatre heures, le tube à coli est fortement troublé dans toute son étendue, le tube à bacilles d'Eberth l'est fort peu ou ne l'est pas du tout, les microbes se précipitant en amas au fond du vase, sous forme de flocons ou de pellicules blanchâtres. Une goutte de la culture de coli, examinée alors au microscope, montre des bactéries isolées pour la plupart et douées d'une grande mobilité ; une goutte de la culture de bacille d'Eberth ne présente que des agglomérations éparses de mi-

1. Communication faite à la Société médicale des Hôpitaux, le 26 Juin 1896.

2. R. PFEIFFER et KOLL. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1896, p. 185.
R. Pfeiffer. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1896, p. 232.

3. MAX GRUBER. — *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1896, p. 206.
Max Gruber et Herbert E. Durham. — *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1896, p. 285.

VICHY-CÉLESTINS
HAMAMELIDINE LOGEAIS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
Iodo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies. atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes,
LA RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

crobes immobiles, déformés, épaissis, semblant collés les uns aux autres et figés sur la lame ; on ne trouve plus de microbes isolés et mobiles. Formation d'un précipité visible à l'œil nu, immobilisation, agglomération et déformation des microbes, tels sont les éléments du phénomène.

Le sérum d'un animal fortement immunisé est beaucoup plus actif que le sérum d'un homme convalescent de fièvre typhoïde. Plus l'immunisation de l'animal a été poussée, plus son sérum est actif. Je possède un sérum, provenant d'ânes puissamment immunisés contre l'infection typhique, qui me donne couramment, en quelques heures, une réaction des plus marquées à la dose d'une goutte pour 10 centimètres cubes. Un échantillon de ce sérum possède encore, après six mois de conservation au contact de l'air, ses propriétés agglutinantes ; un autre échantillon les conserve également après quatre mois de dessiccation. Pour les mettre en évidence, il m'a suffit de diluer, au préalable, dans du bouillon, un fragment du sérum desséché.

Je laisse de côté l'interprétation du phénomène, qui soulève en ce moment de vives controverses, ne désirant insister aujourd'hui que sur un point de pratique.

***

En 1892, nous avons montré, avec M. Chantemesse [1], que, dans la fièvre typhoïde, avant même la convalescence, le sérum humain possédait des qualités thérapeutiques très marquées contre l'infection typhique expérimentale. Il était donc naturel de rechercher si le sérum des typhiques ne possédait pas, au cours de la maladie comme après la convalescence, la propriété d'agglutiner *in vitro* les bacilles d'Eberth épars dans une culture, et si cette réaction ne pouvait aider en clinique au diagnostic, souvent si épineux, de la dothiénentérie.

J'ai examiné, à ce point de vue, le sérum de six typhiques aux 7e, 12e, 15e, 16e, 19e, 21e jour de la maladie. Chaque fois, j'ai constaté, avec la plus grande netteté et la plus grande facilité, l'action immobilisante et agglutinante de ce sérum sur la culture en bouillon du bacille d'Eberth.

On peut procéder de la façon suivante. On puise aseptiquement, dans la veine du pli du coude, une petite quantité de sang avec une seringue stérilisable. On décante le sérum et on en ajoute quelque gouttes à un tube de bouillon, dans la proportion d'une partie de sérum pour 10 à 15 parties de bouillon. Pour 4 centimètres cubes de bouillon, par exemple, on met 8 gouttes de sérum, et l'on porte à l'étuve à 37 degrés. Au bout de vingt-quatre heures, le bouillon n'est que légèrement troublé, quelques flocons se sont précipités au fond et une poussière blanchâtre plus ou moins épaisse est en suspension dans toute la hauteur du tube. La réaction, à l'œil nu, peut être aussi nette que lorsque l'on a ajouté au bouillon du sérum d'animal immunisé ; nous l'avons obtenue telle plusieurs fois, notamment dans un fait de fièvre typhoïde grave, au 15e jour de la maladie ; mais il est des cas où les flocons sont à peine appréciables et l'aspect, à première vue, moins typique surtout lorsque le sérum employé est très coloré. Il suffit parfois d'agiter le tube et de le comparer à une culture typhique en bouillon simple, pour saisir immédiatement des différences appréciables. Tandis que la culture en bouillon ordinaire présente un trouble parfait et, regardé par transparence, offre un aspect moiré tout à fait spécial, le tube additionné de sérum, vu sous un certain angle d'incidence, présente un trouble apparent qui est dû seulement à un précipité fait d'une très fine poussière dont chaque grain, comme le microscope nous le montrera, n'est qu'une agglomération de microbes. Cet aspect spécial devient de plus en plus marqué à mesure que la culture vieillit ; il est encore plus net après deux, trois ou quatre jours, qu'après vingt-quatre heures. Le précipité paraît être d'autant plus abondant, que la maladie est plus ancienne et la forme plus grave.

On ne doit pas se contenter de l'examen du tube, il peut être insuffisant pour entraîner, à l'œil nu, la conviction : l'examen au microscope est nécessaire.

Une goutte examinée, après vingt-quatre heures, sans coloration ni fixation, déposée simplement sur une lamelle que l'on renverse ensuite sur une lame, offre un aspect caractéristique. Les bacilles, au lieu de s'agiter en tous les points de la préparation, animés en tous sens des mouvements les plus variés, sont groupés, agglutinés les uns aux autres, en amas, formant des îlots séparés par de larges espaces vides, où l'on trouve encore souvent, quelques éléments mobiles et isolés.

Le diagnostic peut être assuré beaucoup plus rapidement. Si, à une culture de bacille d'Eberth, en pleine activité, vieille de quelques jours, par exemple, on ajoute une goutte pour 5 centimètres cubes du sérum d'âne immunisé que nous possédons, on voit le bouillon s'éclaircir et le précipité commence à se former immédiatement, avec la rapidité d'une réaction chimique. Si, à une culture en activité de bacille d'Eberth, on ajoute du sérum de malades atteints de fièvre typhoïde, la réaction à l'œil nu est loin d'être aussi nette, et la proportion du sérum à ajouter doit être plus considérable. Cependant, elle peut être assez apparente pour que 6 gouttes de sérum, mélangées à 4 centimètres cubes de culture, donnent, après deux à trois heures dans le tube laissé à la température de la chambre, des grumeaux des plus caractéristiques à l'œil nu. En général, le précipité n'apparaît pas aussi rapidement. Sa netteté et son moment d'apparition varient avec le sérum essayé. Sa constatation est, d'ailleurs, inutile pour établir le diagnostic qui ne doit jamais être porté qu'après examen microscopique. Si une heure ou deux après avoir fait le mélange, on examine une goutte de la culture, le plus grand nombre des microbes apparaissent immobiles, agglutinés en amas caractéristiques. Tous les éléments ne sont pas sidérés, comme lorsqu'on opère avec le sérum d'un animal fortement immunisé : un certain nombre de bacilles peuvent apparaître, encore isolés et mobiles ; les amas sont peut-être moins compacts et les bactéries moins déformées, mais il suffit de comparer avec une préparation de culture typhique faite avant l'addition du sérum pour juger de l'intensité de son action sur les bacilles. Cette action est si rapide qu'elle est presque immédiate. Les amas sont visibles sous le champ du microscope quelques instants après le mélange.

***

On peut constater le phénomène d'une façon plus simple encore, sans même avoir recours à la ponction aseptique de la veine. Il suffit de piquer avec la pointe d'une lancette la pulpe d'un doigt que l'on a préalablement lavé antiseptiquement, puis desséché. On fait pendre la main du malade hors du lit, de façon à ce qu'elle occupe une position déclive, on exprime le doigt par massage depuis la racine jusqu'au voisinage de la piqûre et l'on recueille quelques gouttes de sang dans une petite éprouvette de 3 centimètres cubes environ, celle de l'hématimètre par exemple, préalablement passée à la lampe d'une flamme à alcool et placée immédiatement au-dessous du doigt qui saigne. Un dé à coudre remplirait le même office. On peut recueillir facilement de la sorte 1 à 2 centimètres cubes de sang, mais un 1/2 centimètre suffit à la rigueur. On bouche et on attend la séparation du sérum et du caillot, qui en général, commence à se produire au bout de quelques minutes. Si, à dix gouttes d'une culture en bouillon de bacille d'Eberth, on ajoute une goutte du sérum ainsi obtenu, on peut, au bout de quelques minutes, si le sérum provient d'un typhique, constater, sous le microscope, les agglomérats microbiens caractéristiques. Dans l'intervalle de ces amas, on voit encore quelques bacilles isolés et mobiles dont le nombre va en diminuant au bout de quelques heures. Par ce procédé rapide, le sérum ne peut être que difficilement recueilli d'une façon aseptique. Si l'on mettait à l'étuve un mélange de bouillon et de ce sérum, on risquerait de trouver le lendemain la culture contaminée. On ne peut donc poursuivre pendant plusieurs jours le développement du phénomène et assister à l'agglomération de tous les grumeaux au fond du tube.

Bien plus, il suffit de laisser tomber une goutte de sang dans une éprouvette contenant dix gouttes d'une culture en bouillon de bacille typhique pour avoir la réaction. On ne gagne pas de temps à ce procédé, car, avant de porter sous le microscope, il faut attendre que les globules rouges se soient déposés au fond du vase, et les avantages de cette pratique ne sont pas assez grands pour la préférer aux précédentes, quand le sang s'écoule en suffisance.

***

J'ai naturellement cherché si le sérum de personnes bien portantes, ou atteintes d'affections autres que la fièvre typhoïde, possédait les mêmes propriétés agglutinantes, vis-à-vis le bacille d'Eberth.

Le sang a été recueilli soit par ponction de veine, soit par piqûre du doigt. Mes recherches ont porté sur deux jeunes gens en parfaite santé, cinq personnes guéries de la fièvre typhoïde de 1 an, 4 ans, 5 ans, 9 ans, 14 ans, et sur quatre malades atteints d'affections diverses, telles que néphrite aiguë, néphrite chronique, tuberculose fébrile, pleurésie fébrile avec épanchement, pneumonie à la période d'état ou à la période de convalescence, embarras gastriques, lithiase biliaire avec fièvre, ictère catarrhal, cirrhose du foie, asystolie, acromégalie avec arthrite aiguë scapulo-humérale, rhumatisme articulaire aigu en convalescence. Le bacille d'Eberth s'est montré constamment insensible au sérum de ces vingt et un sujets, et toujours resté sous le microscope isolé et mobile.

J'ai étudié comparativement sur des cultures de colibacille, l'action du sérum des six typhiques de deux personnes guéries depuis plusieurs ans de la fièvre typhoïde et de douze des malades précédemment cités. Tous ces sérums se sont comportés de la même façon vis-à-vis le colibacille. Dans tous les cas, ce microbe conservait sa mobilité. Au milieu de tous les bacilles isolés et mobiles, on observe parfois de petits amas, discrets et dont les éléments s'agrègent et se désagrègent sous l'œil de l'observateur. Ce caractère, je le répète, s'observe sur les cultures de colibacille additionnées de sérum typhique comme sur toutes celles additionnées de sérum de tout autre malade.

***

Voici donc un procédé simple et rapide, à la portée de tous, extemporané, ne nécessitant aucun matériel de laboratoire, pas même de matière colorante, il suffit d'avoir à sa disposition des cultures pures en bouillon de bacille d'Eberth, que l'on peut conserver pendant des semaines, un microscope avec objectif à immersion et quelques gouttes, au rigueur une seule, du sang d'un malade. Des observations ultérieures détermineront à quel jour pr de la maladie le phénomène commence à apparaître, elles nous diront s'il se manifeste dans les formes frustes et atténuées. Peut-être, en se multipliant, les recherches nous apprendront-elles que par exception, la réaction peut faire défaut chez le typhique ou se montrer chez un autre malade, mais le fait de l'avoir constatée d'une façon précise dans six cas classiques de dothiénentérie [1], de n'avoir pas la déceler chez vingt-et-un autres sujets, me paraît suffisamment sa valeur comme élément de diagnostic dans un cas douteux de fièvre typhoïde.

Cette méthode de *séro-diagnostic*, suivant la dénomination que je propose, sera sans doute applicable à d'autres maladies, mais on peut déjà prévoir que peu d'infections s'y prêteront mieux que la fièvre typhoïde dont le microbe jouit d'une mobilité si grande, d'une vitalité si prolongée et trouble le bouillon d'une façon si uniforme.

1. « Etude expérimentale sur l'exaltation, l'immunisation et la thérapeutique de l'infection typhique ». *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892, p. 773.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

24 juin 1896.

De la cholédocotomie. — M. Quénu. Le diagnostic des calculs du cholédoque ne peut encore être facilement porté et les interventions seraient assurément extrêmement rares si l'on ne se décidait à intervenir qu'après un diagnostic ferme de lithiase du cholédoque. En réalité la laparotomie est d'abord exploratrice, et c'est elle seule qui permet de déterminer les diverses affections hépatiques, cancer, kyste hydatique, sclérose du foie, etc., dont la symptomatologie se confond si souvent avec celle de la lithiase cholédochienne.

J'ai opéré cinq malades chez lesquels le diagnostic de calcul du cholédoque était plus ou moins probable. Deux de mes opérés étaient des malades de M. Chaffard. Chez l'un, il s'agissait bien d'obstruction cholédochienne par calcul, mais, chez l'autre, je trouvai un cancinome. Chez une troisième malade, le diagnostic était hésitant entre carcinome, et calcul, et l'opération démontra l'existence d'un carcinome. Mon quatrième malade était atteint d'angiocholite d'origine douteuse. Je l'opérai et trouvai le canal libre. Enfin, le cinquième était atteint d'angiocholite suppurée et je lui prati

1. Trois de ces malades ont été observés dans le service de M. Fernet et un autre dans le service de M. Dalché. Je suis heureux de les remercier tous de leur obligeance.

, cholécystostomie ; la bile de la vésicule était infectée.

Relativement à l'incision de la paroi, je répéterai ce ue j'ai déjà dit, que l'incision médiane me semble plus ommode et plus recommandable que l'incision latérale. n effet, à elle seule, elle peut suffire, et elle est alors ien supérieure à l'incision latérale ; quand elle est insuf- sante, il n'y a qu'à sectionner la paroi à droite et per- endiculairement pour explorer facilement la vésicule. n somme, l'incision médiane permet l'exploration aisée u cholédoque, et l'incision latérale celle de la vésicule. es deux peuvent être compliquées d'une incision trans- ersale. Si je préfère la première, c'est parce qu'elle eut suffire et qu'alors elle devient l'incision idéale ; 'est, ensuite, parce qu'elle permet, mieux que la latérale, exploration du cholédoque, point le plus important ans les cas dont il s'agit.

Parmi les malades que j'ai opérés, il en est un qui présenté des particularités assez remarquables pour ue je croie devoir entrer dans quelques détails.

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans qui, à douze ns, eut une attaque de fièvre paludéenne, et, l'année sui ante, une poussée de rhumatisme articulaire aigu géné- alisé, qui dura deux mois. A dix-huit ans, coliques épatiques survenant tous les jours pendant trois mois. A dix-neuf ans, nouvelles attaques de rhumatisme arti- ulaire semblable à la première. A vingt-quatre ans, nouvelles crises de colique hépatique, moins intense que a première fois. A vingt-cinq ans, troisième poussée de humatisme.

La malade se marie après sa guérison, devient enceinte et accouche, à huit mois et demi, d'un enfant mort-né.

L'affection actuelle remonte à Novembre dernier ; après une vive émotion, elle eut un ictère accompagné d'un prurigo très intense.

Malgré le traitement, l'ictère augmente, et, au bout d'un mois, les matières fécales sont complètement déco- lorées, tandis que les urines sont très foncées. Vers le 15 Décembre, la malade va à la consultation de l'hôpital Beaujon : on lui prescrit des lavements froids, du ben- zoate de soude, des sels de Vichy ; mais l'ictère persiste, accompagné de diarrhée. Vers la fin de Février, elle est soumise à un traitement à l'eau de Vichy et à la glycérine ; mais elle n'obtient pas d'amélioration et entre à l'hôpi- tal Cochin dans le service de M. Chauffard, le 7 Mars.

Pendant les trois mois et demi qui ont précédé son entrée à l'hôpital, la malade n'a eu que quelques rares frissons, accompagnés de fièvre, après des fatigues. L'appétit s'est conservé, même accru.

Elle entre dans mon service, le 17 Mars. Opération, le 26 Mars. Anesthésie facile, sans incident. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Recherche de la vésicule qu'on trouve petite et ratatinée. La palpation du hile du foie fait reconnaître des masses calculeuses qu'on suit dans le pédicule, le long du cholédoque. A l'union des deux portions du cholédoque, on trouve un calcul beaucoup plus volumineux que l'aide fait saillir dans le champ opératoire en passant le doigt dans l'hiatus de Winslow. Incision du cholédoque, sur ce calcul, sur une longueur de 15 millimètres environ. Le calcul est extrait. Le cho- lédoque, au-dessus de lui, contient de très nombreux calculs de moindre volume (comme un noyau de cerise environ) : on en extrait trente-deux (en tout, avec le gros, de la dimension d'une noisette, trente-trois), qui s'éta- geaient jusque dans les canaux hépatiques. L'exploration du bout inférieur du cholédoque montre qu'il est libre.

Suture du cholédoque par cinq points ; la bile filtre à travers la suture ; l'opérateur suture, par dessus le cho- lédoque, le feuillet péritonéal de l'épiploon gastro-hépa- tique qu'il avait incisé. Il forme ensuite, par la suture des organes environnants, une logette complètement isolée du péritoine, dont le fond est occupé par le cholé- doque, et dont l'orifice est constitué par la partie supé- rieure de la plaie abdominale.

Suture du reste de la plaie. Mèche iodoformée dans la loge. Pansement à l'iodoforme, gaze et ouate.

Le soir, température de 36°8. Bon état général.

Les suites ne furent pas des plus simples, et, en pré- sence de symptômes de rétention biliaire, je dus rouvrir le cholédoque et placer un drain. Ma malade, après une amélioration, retomba et finit par succomber le sixième jour.

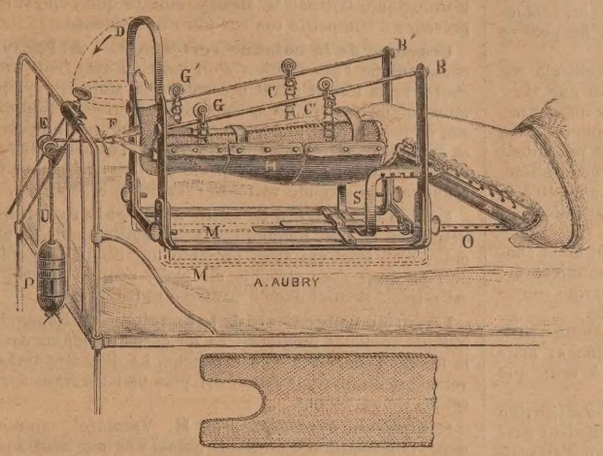
Dans cette observation, je veux relever deux points : d'abord, les difficultés que j'ai eu à retrouver le cholé- doque pour le rouvrir, difficulté tenant à ce que toute la plaie était uniformément colorée par la bile ; aussi, serait-il bon de laisser un fil conducteur qui permettrait de retrouver facilement le cholédoque. Le second point c'est, qu'en présence d'un cas analogue, je laisserai le canal ouvert, que je chercherai même à obturer mo- mentanément le bout inférieur, pour permettre l'expul- sion au dehors des calculs et en empêcher la descente jusqu'à l'ampoule de Vater. Ce serait la seule façon de s'opposer aux phénomènes de rétention biliaire qui ont emporté mon opéré.

A l'autopsie, le foie est enlevé avec son pédicule, ainsi que le duodénum et la tête du pancréas. Il était légèrement fixé au diaphragme par des fausses membranes de pé- ritonite adhésive. Un stylet enfoncé par l'incision du cholédoque ne peut pénétrer jusque dans le duodénum. Il butte, au niveau de l'ampoule de Vater, contre des calculs ; l'incision de cette portion du cholédoque montre qu'elle est dilatée et qu'elle contient, immédiatement au-dessus de l'ampoule, trois petits calculs qui en fer- ment complètement la lumière. En incisant la partie supérieure du cholédoque et le canal cystique, on les trouve très dilatés, le cystique ayant le même diamètre que la vésicule, qui elle, est rétractée. Les canaux hépa- tiques, au hile du foie, et les canalicules biliaires incisés sont remplis de calculs jusqu'à 12 centimètres de leur point de pénétration dans le foie ; ils sont en même temps dilatés. Les calculs atteignent le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un noyau de cerise, et même un peu plus gros. La coupe du foie présente une surface verdâtre uniformément colorée par la bile.

La bile et les calculs, ensemencés au moment de l'o- pération, n'ont pas cultivé.

La bile, prise deux heures avant la mort et ensemen- cée, a produit de nombreuses colonies de *bactérium coli*.

Nouvel appareil à extension continue pour les fractures obliques de la jambe. — M. Hennequin. Dans toutes les fractures de jambes s'accompagnant de déplacement des fragments, les appareils inamovibles et les appareils amovo-inamovibles ne donnent, entre les mains des meilleurs chirurgiens, le plus souvent, que des résultats imparfaits. La tendance au déplacement est favorisée par la direction du trait de fracture, par le défaut d'appui que se prêtent les surfaces osseuses mises en contact ; enfin et avant tout, elle est entretenue par la contraction et la tonicité des muscles des mollets. Pour lutter contre cette contraction, il faut avoir recours à l'extension continue. Mais cette extension est difficile à réaliser, le fragment inférieur offrant peu de points d'appui. Après des tâtonnements et des recherches pro- longées, je suis arrivé à établir un appareil, que M. A. Aubry a construit sur mes indications et qui m'a donné jusqu'ici des résultats à peu près parfaits.



MODÈLE DE LA GOUTTIÈRE PLATRÉE

H, hamac-jambière, formé de 3 lacs mobiles. — A, hamac crural, facilitant la contre-extension et donnant à la cuisse l'inclinaison voulue, au moyen du guide O percé de trous. — S, supports à coulisse et à crémaillère du hamac crural. — GG', galets mobiles, armés de chape à points d'arrêts roulant sur tringles formant plan incliné. — CC', chaînettes en échelle pour élever, incliner la jambe dans toutes les positions désirées. — BB', cadre rectangulaire, à base mobile M dans le sens vertical afin de pouvoir rectifier le plan du lit. — D, cerceau articulé pour protéger le pied. — E, poulie à curseur mobile sur une longue tige en U. — P, poids cylindro-coniques, composés de disques s'emboîtant de 1 kil. et 1/2 kil. — F, étrier fixé à la guêtre plâtrée et donnant attache à la corde qui supporte les poids.

Voici la disposition de cet appareil :

Il est formé de bandelettes d'acier représentant les arêtes d'une sorte de boîte quadrangulaire sans pa- rois ; il supporte deux hamacs : l'un crural, l'autre jam- bier. Le premier, composé d'un cadre en U sur lequel est lacé une toile de coutil, est relié à la boîte : 1° par une fourche à crémaillère coudée à angle droit dont les extrémités glissent dans des fenêtres pratiquées dans les branches de l'U ; 2° par une bandelette perforée O, articulée à la partie convexe du cadre et s'engageant dans un coulisseau soudé à la base de la boîte.

Le hamac jambier est composé de trois sangles indépen- dantes, boutonnées sur deux attelles longitudinales, sus- pendues par des chaînettes en échelle, avec chape de quatre poulies roulant sur deux tringles polies faisant plan incliné descendant.

L'indépendance des sangles permet : 1° de raccourcir le hamac en dégageant un ou deux œillets de la sangle supérieure ; 2° de panser les plaies en déboutonnant un des côtés de la sangle correspondante. La sangle infé- rieure porte un gousset pour recevoir le talon.

La poulie est fixée à la barre transversale du pied du lit, de façon à ce que la partie horizontale de la corde, nouée à l'étrier, représente le prolongement de l'axe de la jambe.

Un poids de 2 kilogrammes est attaché à l'extrémité libre de la corde, poids qui est augmenté d'un demi, tous les deux jours, jusqu'à 3 kil. 1/2 dans les fractures ré- centes, 4 kil. à 4 kil. 1/2 dans les anciennes.

En cas de douleurs persistantes, enlever un disque du poids pour la nuit, qu'on replacera le lendemain matin.

Avant d'appliquer l'appareil et pour rendre la pression tolérable, on commence par construire au pied une sorte de bottine fléchie, de la façon suivante :

Sur la face dorsale du pied et le tendon d'Achille, on place, à cheval, deux coussinets formés de quelques feuilles de tarlatane non empesées, ayant 10 à 12 centimètres de long sur 8 de large, cousues sur les bords et remplies au 3/4 de poudre d'amidon. Une bande plâtrée de Sayre, de 6 à 7 mètres de long sur 12 centimètres de large est enroulée sur les coussinets, à partir de la base des malléoles jus- qu'à la racine des orteils préalablement recouvertes d'une couche mince de ouate. Lorsque la bande de Sayre est enroulée au 3/4, on dispose en étrier une bande neuve de 40 centimètres de long dont les chefs, fendus longitu- dinalement par le milieu, sont devenus bifides. L'extré- mité de l'incision correspondant à la pointe des malléo- les, le milieu faisant étrier à la plante du pied, on croise les chefs antérieurs sur la face dorsale du pied, les pos- térieurs sur le tendon d'Achille, et on termine l'enroule- ment de la bande de Sayre, qui forme une bottine plâtrée dans laquelle est pris l'étrier. On taille alors la gouttière de la jambe, qui se compose de 15 feuilles de tarlatane ayant pour longueur, la distance qui sépare le pli poplité de la face plantaire du pied, et comme largeur, les 3/4 de la circonférence de la jambe prise au-dessus du mollet et au niveau de la base des malléoles. A son extrémité inférieure, on pratique une échancrure profonde de 12 à 15 centi- mètres, qui lui donne la forme d'un tire- botte. Après l'avoir trempé dans le plâtre gâché, et avoir entouré la bottine d'une toile isolante (Mackintosh), on l'applique sur la jambe soumise à une énergique traction, le pied maintenu à angle droit. Son bord interne étant amené sur la face antérieure du tibia, de façon à le recouvrir aux 2/3, on le moule sur la jambe en roulant des bandes de vieille toile.

La traction est maintenue jusqu'à des- siccation du plâtre. Les bandes roulées et la feuille de Markintosh enlevée, on place le membre inférieur sur l'appareil, après s'être assuré de l'indépendance de la bot- tine et de la gouttière.

Cet appareil me paraît réaliser un grand progrès dans le traitement des fractures obliques de la jambe ; il a été appliqué nombre de fois, et avec succès, sur des malades de MM. Monod, Périer, Terrier, Nélaton, Berger, Richelot, Le Dentu.

Relativement aux indications de cet ap- pareil, je dirai que l'extension continue doit être employée toutes les fois qu'un raccourcissement dépasse 2 centimètres dans les fractures obliques ; serait-il cor- rigé par un appareil contentif, celui-ci sera impuissant à maintenir la correction. A plus forte raison, après dix ou quinze jours, un raccourcissement, même réduc- tible par une traction vigoureuse avec ou sans le concours de anesthésiques, ne pourra plus être maintenu corrigé que par un appareil à extension conti- nue, qui n'aura nullement besoin d'une correction préa- lable pour assurer une consolidation régulière.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

26 Juin 1896.

Paralysie arsénicale chez une fille de sept ans. M. Comby. Les cas de paralysie arsénicale chez l'enfant sont d'une rareté extrême, et cet accident n'a guère été observé, jusqu'à présent, que par les médecins légistes. Ayant pris l'habitude de traiter, par l'arsenic à haute dose, les chorées graves de mon service, j'ai obtenu, bien involontairement, la paralysie dont je vais vous faire le récit.

Une fillette de sept ans, sans antécédents rhumatis- maux, sans cardiopathie, est prise de mouvements cho- réiques le 1er Mars 1896, et elle entre dans mon service le 9 Mars, avec tous les symptômes d'une chorée de Sydenham très intense. Pouls, 120 ; température, 37°,4. Je prescris, dès le lendemain, 10 grammes de liqueur de Boudin (solution d'acide arsénieux au millième), c'est-à-dire 10 milligrammes d'arsenic, à prendre à doses réfractées dans un julep de 120 grammes. Puis, tous les jours, on augmente la dose de 5 grammes (5 milli- grammes d'arsenic), jusqu'à 35 grammes (35 milli- grammes), pour redescendre de la même façon à 10 gr. Dans l'espace de onze jours, l'enfant a pris 235 grammes de liqueur de Boudin (235 milligrammes ou 23 centi- grammes et 1/2 d'acide arsénieux). Dès le cinquième jour du traitement, les mouvements choréiques avaient complètement cessé, pour ne plus revenir. A partir du sixième jour, l'enfant avait présenté quelques vomis- sements, puis un état saburral avec léger état fébrile.

Après dix ou douze jours, l'embarras gastrique arsé- nical avait disparu et l'enfant sortait de l'hôpital le 5 Avril.

Le 11 Mai, elle revient avec une paraplégie com- plète qui avait débuté le 5 Mai, c'est-à-dire quarante- six jours après la cessation du traitement arsénical. Etat général bon, joues pleines et colorées ; l'enfant, qui était pâle et maigre, a remarquablement engraissé, elle est méconnaissable. Nous constatons qu'elle pré-

sente une impotence absolue des membres inférieurs, que les réflexes sont abolis, que la sensibilité est conservée, qu'il n'y a pas de troubles trophiques. On prescrit la strychnine, la faradisation, les bains sulfureux.

Les jours suivants, la paralysie suit une marche ascendante et gagne le tronc et les membres supérieurs, quoique à un moindre degré que les inférieurs.

Le 15 Mai apparaît l'incontinence des urines et des matières fécales qui persiste pendant dix jours. Je n'étais pas sans inquiétude. Cependant, le 25 Mai, l'amélioration s'accuse de tous les côtés, la paralysie quitte peu à peu les membres supérieurs, l'incontinence des urines cesse. Puis les membres inférieurs commencent à se mouvoir dans le lit, et, le 20 Juin, l'enfant peut-être considérée comme guérie; elle marche sans aide, la sensibilité plantaire, les réflexes sont revenus. Etat général excellent. Quoique le traitement arsenical intensif de la chorée m'ait donné de très beaux résultats, sans aucun inconvénient notable, le cas de paralysie tardive que je viens d'observer doit rendre plus prudent. Il faudrait, chez les enfants de cet âge, ne pas donner de doses aussi fortes et s'arrêter à la première manifestation d'intolérance (vomissement, etc.). On a dit que la paralysie arsenicale relevait d'une polynévrite. Mais, quand on voit les sphincters de la vessie et du rectum être pris, on ne peut se refuser d'admettre une *myélite arsenicale*.

M. Rendu. L'existence d'une myélite arsenicale me paraît, en effet, démontrée par l'observation que vient de lire M. Comby. Mais il ne faut pas oublier que les paralysies arsenicales ne revêtent pas habituellement ce type, et que, le plus habituellement, elles présentent l'aspect d'une polynévrite plus ou moins généralisée, avec intégrité des réservoirs. Il faut donc admettre la possibilité de deux formes de paralysies arsenicales : l'une myélitique, l'autre névritique.

M. d'Heilly. C'est à l'occasion du traitement de la chorée, que M. Comby vient de faire sa communication; je lui demanderai donc s'il a employé l'antipyrine contre cette affection, et s'il a observé des accidents.

M. Comby. Je n'ai pas eu d'accidents avec l'antipyrine, même donnée à hautes doses, 2, 3, 4 grammes; mais les résultats obtenus sont bien inférieurs à ceux que donne la médication arsenicale.

M. Sevestre. Je donnais régulièrement de l'antipyrine aux choréiques, et les hautes doses ne m'effrayaient pas; mais un accident m'a rendu plus timide; il s'agissait d'un enfant de cinq ans, à qui j'ai donné 2, 3, puis 5 grammes d'antipyrine; le jour même où il prit les 5 grammes, l'enfant eut des accidents nerveux graves, allant jusqu'au coma; il guérit cependant. Ce fait montre, je crois, qu'il faut toujours donner ce médicament avec prudence.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

26 juin 1896.

Atrophie et adipose de reins calculeux. — **M. V. Griffon** présente les reins d'un vieillard entré à l'Hôtel-Dieu dans le coma, avec une température de 35 degrés, et, comme antécédents, une prétendue albuminurie datant de deux mois, n'ayant entraîné d'ailleurs aucun trouble de l'état général. La veille, le malade était encore bien portant.

Après la mort, survenue en quelques heures, on trouve une cystite purulente, sans hypertrophie prostatique, de l'urétérite et de la pyélite, avec, dans chaque bassinet, un calcul unique moulé pour ainsi dire sur la cavité qui le contient; les prolongements de ce calcul s'enfoncent dans les calices.

Le rein droit est considérablement atrophié; sa substance n'est plus représentée que par une bande mince et irrégulière, étouffée par la graisse qui l'encapsule et pénètre également dans la zone médullaire.

Le rein gauche est moins altéré; la suppuration l'emporte sur l'atrophie, mais la graisse a la même tendance à remplacer le parenchyme disparu.

Au microscope, on constate de la dilatation des tubes du rein, lesquels sont remplis d'une substance réfringente; leur cavité est tapissée par un épithélium plat, ce qui leur donne l'apparence de petits kystes. Dans l'intervalle, se voient quelques noyaux allongés appartenant vraisemblablement à des fibres musculaires lisses. Dans la portion suppurée du rein droit, les tubes sont remplis de leucocytes ainsi que les interstices, mais les divers foyers interstitiels et cavitaires sont distincts et non confondus comme dans la néphrite aiguë suppurée, particularité qu'explique la sclérose qui a envahi l'organe atrophié.

Le microbe pyogène est un bacille, décoloré par le Gram; c'est la bactérie banale de l'infection urinaire.

On voit dans cette observation à quel degré peut aboutir l'atrophie rénale dans la lithiase; il est également intéressant de constater l'adipose compensatrice, constituant un véritable lipôme du rein.

Altérations osseuses dans l'ostéite inflammatoire. — **M. Cornil** montre des préparations d'os, provenant d'un grattage d'abcès non tuberculeux des côtes. La principale lésion est la décalcification de tout le bord des lamelles osseuses; le centre de la lamelle est normal. La moelle osseuse est remplie de globules blancs. A la périphérie des lamelles osseuses, au niveau ou elles se décalcifient, on voit de nombreux ostéoblastes. De plus les portions décalcifiées sont boursouflées et débordent de tout côtés les cellules osseuses qui semblent situées dans de profondes dépressions.

Ces lésions sont analogues à celles que l'on rencontre dans l'ostéomalacie.

Fièvre typhoïde chez un tuberculeux. — **M. Jolly** rapporte l'observation d'un individu, notoirement tuberculeux, qui présenta des symptômes intestinaux rappelant ceux de la fièvre typhoïde : hémorrhagies intestinales, taches rosées, élévation de la température. A l'autopsie, on trouva de la psorenterie au niveau du duodénum et du jéjunum, et des plaques de Peyer ulcérées au niveau de l'iléon. Ces lésions ne présentaient aucun caractère de la tuberculose, et sont vraisemblablement dues à la fièvre typhoïde.

Polype du naso-pharynx. — **M. Monnier** communique l'examen histologique, dû à M. Meslay, d'une tumeur du naso-pharynx. Il s'agit d'un fibrome avec dégénérescence kystique centrale.

Polypes de la muqueuse buccale. — **M. Monnier** présente deux petits polypes développés au niveau de la muqueuse de la joue. L'ablation fut pratiquée. L'examen histologique, fait par M. Meslay, montre que l'on est en présence d'une petite tumeur fibro-lipomateuse.

Fracture de la colonne vertébrale. — **M. Pissavy** communique l'observation d'un individu ayant fait une chute sur la tête et ayant présenté à la suite les symptômes d'une fracture de la colonne vertébrale. A l'autopsie, on trouva bien une fracture des apophyses épineuses et des lames vertébrales; mais, ce qui était particulièrement intéressant était la rupture de tous les ligaments réunissant la sixième vertèbre cervicale à la septième.

Lésion orbitaire à la suite d'atrophie du globe oculaire. — **MM. Regnault** et **Bourneville** montrent un crâne d'un idiot qui avait présenté une cécité complète de l'œil droit avec atrophie du globe oculaire. L'orbite est rétréci, surtout dans son diamètre transversal.

Luxation congénitale de la hanche. — **M. Regnault** indique quelques modifications du corps du fémur dans la luxation congénitale de la hanche. Le diamètre transversal est diminué, le fémur est plus petit; la ligne âpre est déviée en dehors.

Symphyse cardiaque. — **M. Vermorel** communique l'observation d'un jeune homme de dix neuf ans, ayant présenté, à quatre reprises, des attaques de rhumatisme articulaire aigu, accompagnées d'accidents cardiaques. Les crises d'asystolie se succédèrent rapidement et amenèrent la mort. A l'autopsie, on trouva un énorme cœur, dont les quatre cavités étaient distendues et remplies de caillots noirâtres. Les adhérences celluleuses résistantes réunissaient les deux feuillets du péricarde. Il y avait, de plus, des traces d'endocardite récente au niveau des valvules sigmoïdes aortiques et mitrales, rétrécissement de l'orifice mitral, insuffisance et rétrécissement de l'orifice aortique.

Entéro-anastomose. — **M. Deroques** présente un nouvel instrument, modification du bouton de Murphy, pour pratiquer les entéro-anastomoses. Il est particulièrement utile dans les cas d'anus contre nature. Différentes tentatives ont été faites sur le chien et ont donné les meilleurs résultats.

Cancer colloïde de la vésicule biliaire. — **M. Thomas** rapporte l'observation d'une femme de soixante-quinze ans ayant présenté de l'ictère et de la décoloration des matières. La mort survint dans le coma. A l'autopsie, on trouva une grosse vésicule remplie d'une matière pulpeuse et d'un gros calcul de cholestérine. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un cancer colloïde.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

24 Juin 1896.

M. Josias fait hommage, à la Société, d'un exemplaire de son nouveau *Traité de thérapeutique infantile*.

Propriétés emménagogues du séneçon. — **M. Heim**, en son nom et au nom de **M. Dalché**, fait part, à la Société, du résultat de ses recherches sur les propriétés physiologiques, encore peu connues, du seneçon. Ces auteurs se sont livrés à deux séries d'expériences : les premières ont porté sur les animaux, des chiennes, et des femelles cobayes; les secondes ont été faites sur des malades. Les animaux, auxquels on avait injecté des doses assez considérables, les ont supportées sans présenter de troubles sérieux.

Chez la femme, le séneçon semble agir favorablement dans le cas de dysménorrhée et d'aménorrhée essentielles, à la condition qu'il n'existe pas de lésions du côté de l'utérus ou des annexes. MM. Dalché et Heim ont recueilli 15 observations de malades ayant été soumises à cette médication; ces 15 cas peuvent se répartir en trois groupes, de la manière suivante : dans le premier, comprenant 3 malades, les effets du seneçon ont été plutôt mauvais; dans le second, concernant également 3 malades, ces effets ont été douteux; dans les 9 autres cas, l'efficacité de ce médicament a été incontestable.

Mais quel est le mode d'action du séneçon? Peut-on supposer qu'il agit sur les fibres lisses de l'utérus? MM. Heim et Dalché sont plutôt portés à croire que son action s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux. Quoi qu'il en soit, on doit convenir que ce médicament mérite d'attirer l'attention des thérapeutes.

M. Bolognési rapporte vingt observations de femmes qui ont été soumises à ce traitement. Quatorze d'entre elles, atteintes d'affections diverses, telles que chlorose, hystérie, épilepsie, tuberculose pulmonaire et laryngée, rhumatisme blennorrhagique, goitre exophtalmique, etc., n'étaient plus réglées depuis longtemps : chez toutes ces malades, le flux menstruel s'est rétabli sous l'influence du séneçon. Les six autres femmes étaient des dysménorrhéiques : cette médication a eu pour effet de régulariser leur menstruation. En somme, le seneçon, administré à la dose de 2 à 5 grammes par jour, et d'une manière progressive, en commençant par 0,25 centigrammes, donne toujours de bons résultats; il agit bien sur le flux menstruel, mais il ne calme pas l'élément douleur; à doses plus élevées, il peut déterminer des phénomènes congestifs et douloureux, et, parfois même, provoquer l'avortement.

M. Bardet n'est pas éloigné de croire que le séneçon agit sur les fibres lisses de l'utérus, l'observation d'une de ses malades lui semble assez concluante à cet égard. Quant aux propriétés abortives de ce médicament, il a eu l'occasion de les constater sur une jeune femme qui avait ingéré plusieurs bols de séneçon pour provoquer le retour de ses règles suspendues depuis plusieurs semaines. Cet exemple doit engager les praticiens à être très circonspects dans l'emploi de ce médicament.

M. Blondel. L'observation d'avortement que vient de rapporter M. Bardet, est d'ailleurs la preuve que le seneçon est doué d'une action congestionnante réelle sur l'appareil utéro-ovarien. Néanmoins, son action physiologique reste encore bien obscure, et ce qu'en a dit M. Heim est extrêmement vague, en contradiction même, dans le fond, avec ce qu'ont observé, d'autre part, MM. Bardet et Bolognesi. Or, en clinique, on ne saurait employer un emménagogue sans savoir quel est son mode d'action, afin que ses indications et ses contre-indications soient nettement établies. L'aménorrhée, en effet, n'est pas une maladie, mais un symptôme, et c'est à ses causes physiologiques qu'il faut s'adresser, si l'on veut la combattre, en variant nos moyens d'action en conséquence. A côté des aménorrhées d'ordre général, dépendant de l'anémie, par exemple, il y a celles qui tiennent à un défaut de constitution de l'utérus, antéflexion, rétroflexion, atrésie accidentelle du col utérin, spasme de l'orifice interne, etc. tout cela est indispensable à établir avant de faire choix de l'emménagogue approprié. Chez telle jeune fille chlorotique, le fer fera merveille; chez telle autre, lymphatique ou névrosée, les douches seront excellentes; à la suite des maladies infectieuses graves, la fièvre typhoïde par exemple, après un bouleversement physique ou moral ayant influencé la régularité de la menstruation on retirera le meilleur parti de l'exercice en plein air, de la marche, de la bicyclette même; quant aux aménorrhées dites fonctionnelles et dépendant de l'état de l'utérus pris isolément, il est évident que le traitement des déviations s'impose lorsque celles-ci sont en jeu. Quant aux médicaments déterminant la congestion de l'appareil utéro-ovarien soit en agissant sur la fibre lisse comme la strychnine et l'acide salycilique, soit en provoquant de la congestion dans la circulation du petit bassin par l'irritation de la muqueuse, comme la rue et la sabine, ou par obstruction de la circulation hépatique comme l'aloès, soit en s'adressant aux plexus ganglionnaires par l'intermédiaire du système nerveux central comme l'apiol et les essences, il n'en voit pas les avantages, et il en comprend bien tous les dangers on n'oubliera pas, en effet, que, dans la moitié des cas la cause réelle de l'aménorrhée est la grossesse, et l'on sait de quelles difficultés est entouré le diagnostic de celle-ci au premier mois.

En résumé, le traitement de l'aménorrhée, tant par prudence que dans un véritable esprit clinique, doit être indirect, les médicaments qui agissent directement en provoquant l'hémorrhagie utérine sont toujours infidèles, le plus souvent, dangereux parfois, et, lors même qu'ils agissent, n'ont qu'une action passagère : ici, comme dans beaucoup d'autres cas, ce n'est pas le symptôme qu'il faut traiter, mais la cause. Si l'on veut s'adresser à un médicament plutôt qu'aux agents physiques dont l'auteur a parlé, c'est aux modifications de l'état général qu'il faudra faire appel, et c'est à ce point de vue qu'il en citera un, peu connu, mais qui lui a rendu de réels services : l'iodure de potassium, à la dose journalière de 10 à 20 centigrammes; il convient spécialement à l'aménorrhée d'origine arthritique, c'est-à-dire à la grande majorité des cas d'aménorrhée *sans lésions*, que l'on rencontre dans la clientèle de ville.

J. BAROZZI.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

8 Juin 1896.

Emploi du chlorate de potasse pour hâter l'expulsion des calculs salivaires. — **M. Porge.** La malade dont il s'agit a présenté, depuis plusieurs années, par intervalles irréguliers, des accès de colique salivaires vite jugés, au niveau de la glande sous-maxillaire droite. Ces coliques survenaient toutes les fois qu

lade usait de mets ou de boissons acides; aussitôt nde devenait turgescente et la région douloureuse; ut de quelques heures, tout rentrait dans l'ordre; jamais on n'eut l'occasion de recueillir des calculs. 1894, au cours d'un accès, un calcul s'engagea le canal de Wharton, déterminant une rétention ire complète et de vives douleurs. La crise, cette se prolongea au point que M. Demons (de Bor-) dut inciser la paroi canaliculaire soulevée et t saillie sous le plancher buccal. Le calcul, très sans doute, passa inaperçu. Depuis cette première vention, les coliques n'ont pas été plus fréquentes. mois de Mars dernier, un accès survint plus brus- et plus douloureux que les précédents; la glande pris le développement d'un petit œuf de pigeon; la région sous-maxillaire était tendue et ne pouvait orter le plus léger attouchement. Au niveau du cher, aucune saillie. L'exploration buccale était, eurs, rendue impossible au regard, par l'immobili- n du maxillaire; pour cette raison, on ne tenta pas alhétérisme qui, précédemment, n'avait jamais si; et, dans le cas présent, le calcul devait être pro- ément enclavé vers l'extrémité glandulaire du canal. chirurgien ne voulut pas intervenir et conseilla ment les lavages chauds antiseptiques. Au bout de jours, l'état local ne s'était pas modifié; les dou- s avaient un peu cédé sous l'action des narcotiques, l'alimentation demeurait très difficile. J'eus alors e d'employer le chlorate de potasse à l'intérieur. La ication fut commencée un samedi matin; vers le la malade accusait un travail indolore dans la on sous-maxillaire; le lendemain et le jour suivant, ension avait notablement diminué et, le mercredi in, j'assistais à l'expulsion assez douloureuse d'un ul gris jaunâtre, régulier, des dimensions d'un grain ge.

e traitement par le chlorate fut suspendu; mais le dredi, comme l'empâtement persistait, gênant la tication et la déglutition, la médication fut reprise. mêmes phénomènes de travail, de poussée élimi- ice se renouvelèrent et la salive renferma à diffé- es reprises une poussière ocreuse, formée de débris uleux, de sable salivaire. Dès ce moment, la malade ressentit plus aucune gêne.

ar quel mécanisme agit le chlorate de potasse ? onnaissant la propriété qu'il possède de s'éliminer la muqueuse buccale et les glandes salivaires, j'avais d'abord l'idée qu'il jouait un rôle de dissolution sur calculs. Je ne croyais pas à l'action simple d'une ersécrétion salivaire, car, toutes les fois que celle-ci venait au cours des repas, il s'était produit des coli- s avec engagement calculeux plus ou moins long. expériences entreprises avec beaucoup d'obligeance M. Denigès (de Bordeaux) il résulte que le chlorate potasse, même à l'ébullition, a peu d'influence dis- vante sur le carbonate de chaux et le phosphate tri- cique qui composent ces calculs salivaires.

l faut donc admettre que, si les substances sapides ènent par une hypersécrétion de la partie aqueuse de salive, le mouvement brusque d'un calcul, le chlorate potasse, agissant plus lentement, active la sécrétion la mucine qui lubréfie les conduits d'excrétion et le cul lui-même dont le cheminement et la sortie sont si facilités.

Pour conclure, et quelle que soit l'interprétation que n adopte, je crois que, devant la netteté et la rapidité s phénomènes observés, il convient de ne pas négliger ction du chlorate de potasse dans le traitement des lculs salivaires.

D. Morge.

CIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

25 Juin 1896.

L'assainissement de la maison. — **M. Robin.** La estion de l'assainissement des habitations, il y a quel- es années encore très négligée en France, préoccupe ésormais les ingénieurs, les constructeurs et, nécessai- ment, les propriétaires. Ces derniers étant les plus ré- actaires, et pour cause, aux idées nouvelles.

M. Robin expose, dans une série de plans que nous ne ouvons d'écrire ici, toutes les dispositions prises au- ourd'hui pour assurer l'évacuation rapide des matières sées, la ventilation de toutes les pièces, les systèmes e chauffage répondant aux desiderata des hygié- istes, etc.

Protection du travail des femmes. — Pour la roisième fois, la question de la protection des femmes n couches revient en discussion devant la Société.

M. Dion insiste pour que la Société sanctionne un œu conforme, d'ailleurs, aux idées de Napias et qui, tant donnée la discussion pendante actuellement devant e parlement, doit être discuté dès aujourd'hui.

Déjà, il y a trois ans la commission, du travail de la hambre avait fait demander à M. Pajot, président de la ociété obstétricale, s'il était dangereux pour une femme ccouchée de reprendre son travail avant quatre semai- es. A l'unanimité, la Société avait répondu par l'affir- native.

Toutefois, la difficulté réside toujours dans la relation forcée entre l'obligation du repos et l'indemnité à accor- der.

Pour concilier ces deux points, sans faire intervenir un texte de loi précis, les deux vœux émis par la Société sont les suivants :

1° Les pouvoirs publics doivent se préoccuper d'assu- rer à la femme en couche un repos de quatre semaines, avant la reprise du travail industriel ;

2° Qu'il soit créé, dans chaque commune, des caisses de maternités qui, à défaut de l'initiative privée, seraient entretenues par les caisses publiques : Communes et Etat.

M. Poitou-Duplessis, au nom de la liberté individuelle, a fait à ce propos une violente opposition à tout projet de réglementation, oubliant que toute l'hygiène publique repose nécessairement et fatalement sur la violation incessante de la liberté individuelle dans l'intérêt de la collectivité.

Qu'est-ce donc que la vaccination obligatoire, que la déclaration et la désinfection dans les maladies contagieuses ? Entraîné par son ardeur, l'auteur invoque, suivant un usage établi, l'exemple de l'Angleterre, exemple malheureux, puisque c'est ce pays qui a le premier été doté d'un *Labours act* réglementant les conditions du travail dans les usines.

M. Wallich apporte une autre protestation : il est absolument inutile, d'après lui, d'assurer à la femme accouchée quatre semaines de repos. Cette précaution est insignifiante : les perturbations utérines qui surviennent chez les femmes du peuple ont une tout autre origine que le travail ; il faut chercher surtout la cause dans des infections ou traumatismes secondaires à la suite de rapports sexuels.

Enfin il faudrait, si l'on veut obtenir une protection véritable de l'utérus, assurer un repos de deux mois avant les couches, de six semaines au minimum après l'accouchement.

Cette proposition, étant absolument impraticable, n'a en réalité qu'un but, c'est d'entraîner la suppression de toute mesure prophylactique.

La Société est très partagée, et les deux vœux ne sont votés qu'à une faible majorité.

P. Langlet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

18 Juin 1896.

Note sur la franklinisation simple indolore. — **M. Tripier.** Dans des épreuves comparatives entre la franklinisation et la faradisation, M. Tripier fut tout d'abord très surpris de voir que les rapports du patient et des excitateurs étant immédiats dans les deux cas, la franklinisation, quand la disruption se trouve transportée dans la position inerte du circuit, donne toujours des contractions moins certaines, mais sans que, comme dans la faradisation, la variation d'état soit douloureuse.

Il croit pouvoir assimiler ces effets de la disruption *à distance*, simple, sans interposition de condensateur, à ceux connus sous le nom de *choc en retour*; et admet que, dans le choc en retour, le rétablissement de la neutralité de la masse soumise à l'induction ne se fait pas instantanément, mais, comme dans la décharge d'un condensateur, par des oscillations de fréquence assez grande pour ne pas déterminer de réactions sensitives.

Action thérapeutique des courants de haute fréquence. — **M. d'Arsonval.** Ne tenant compte que des phénomènes objectifs enregistrables par des méthodes précises (pouls, pression artérielle, analyse et toxicité des urines), trois malades, deux diabétiques et un obèse ont été soumis à l'action des courants à haute fréquence, d'une intensité oscillant entre 350 et 400 milliampères.

Le premier malade (trente-trois ans), urinait en moyenne 11 litre 300 en vingt-quatre heures, avec une moyenne de 54 grammes de sucre par litre, soit 620 grammes de sucre par jour. Avant le traitement, le pouls était à 72 avec hypothermie; la pression artérielle était basse, 15 à 16 centimètres de mercure. Après quarante-deux jours de traitement, la moyenne du sucre était de 25 grammes par litre, la moyenne de la quantité d'urine des vingt-quatre heures, était de 7 litres 300, c'est-à-dire 182 grammes de sucre par vingt-quatre heures. En outre, la toxicité des urines se montra fort augmentée, tandis qu'auparavant 250 centimètres cubes ne pouvaient pas tuer un lapin, trois semaines après, elle tuent l'animal à raison de 68 centimètres cubes par kilogramme. La pression artérielle atteignait 25 centimètres cubes le vingtième jour; le pouls s'élevait à 104. La température s'éleva à 38 degrés et reste maintenant à 37 degrés. Le poids du malade, qui était de 57 kil. 500, tomba à 51 kilogrammes, puis remonta à 56 kilogrammes. Le malade accusa concomitamment une amélioration de son état.

Le second malade est une femme (cinquante-neuf ans), urinant 3 litres 300 par vingt-quatre heures, contenant 43 grammes de sucre par litre, soit 137 grammes en vingt-quatre heures. Le pouls est à 68, la pression artérielle varie entre 27 et 30, la température est à 37°,3. Au bout de quinze jours, le sucre tomba à 77 grammes. La pression artérielle descendit à 25 centimètres; le pouls s'éleva vers 76 à 80. La toxicité des urines était, au début du traitement, à 107 par kilogramme. Dix jours après, 96 par kilogramme; seize jours après, 87 par kilogramme.

Le troisième malade est un obèse (trente-six ans), 134 kilogrammes. Les séances, qui étaient de vingt minutes, étaient probablement trop longues pour lui, car après un intervalle de quelques jours, pendant lesquels l'urée s'éleva de 33 gr. 72 à 41 gr. 63 par vingt-quatre heures, il ne tarda pas à se plaindre de dyspnée ; en même temps, l'urée tombait à 24 grammes. La pression, qui était de 18, s'éleva à 20; le pouls s'éleva de 72 à 108. Le traitement fut alors suspendu; nous comptons le reprendre avec des séances de moindre durée. Les urines, peu toxiques au début, n'ont pas, à cet égard, subi de modifications appréciables pendant le traitement : 84 au début, 87 à la fin du premier essai.

D. Labbé.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

Sir Alfred **B. Garrod** entretient la *Royal medical Society* de l'usage **du gaïac dans le traitement de la goutte chronique,** et de la valeur de ce médicament pour la prophylaxie des accidents aigus de la maladie. Nul médecin, comme le dit justement M. Dickinson, n'a de la goutte expérience pareille à celle de M. Garrod, et l'orateur rappelle que c'est en 1848 qu'il signala la relation existant entre la goutte et la présence d'acide urique dans le sang. Et depuis, il n'a pas cessé de s'occuper de la goutte.

Or, une longue expérience du gaïac (poudre ou teinture) lui permet aujourd'hui de formuler les conclusions suivantes :

1° Le gaïac est inoffensif; on peut l'administrer un temps indéfini; c'est un condiment bien plutôt qu'un médicament. — 2° Le gaïac possède un pouvoir considérable (moindre il est vrai que le colchique) de sédation de n'importe quelle manifestation goutteuse; la fièvre, pourvu qu'elle soit légère, n'est pas une contre-indication. — 3° Le gaïac pris en dehors des attaques en prévient le retour. — 4° Le médicament garde cette valeur préventive même chez les sujets qui en font depuis longtemps usage.

Peu de malades ne peuvent supporter le gaïac; pour ceux-là, on aurait recours à des médicaments dont l'effet se peut rapprocher du gaïac, la serpentaire en première ligne,

Comment agit le gaïac ? Non pas, pense M. Garrod, en empêchant la production d'acide urique mais en agissant directement sur le rein dont il stimule la fonction, si bien que l'acide urique ne peut s'accumuler dans les tubuli puis rester dans le sang. La preuve, c'est que les malades qui prennent du gaïac ont leurs urines plus chargées d'acide urique qu'à l'ordinaire; quoi qu'il en soit, M. Garrod insiste encore pour que ses confrères fassent dorénavant profiter leurs malades des bienfaits du gaïac.

A la *Clinical Society of London*, **M. Weiss Clemow** rapporte l'histoire d'un **typhique hyperpyrétique saigné et guéri.**

Au quatorzième jour de sa fièvre typhoïde, un homme de vingt-cinq ans est dans l'état le plus grave ; il délire, il a 41°,5 sous l'aisselle. Une lotion glacée ramène la température à 39°,4, mais le délire continue; la température est à la normale le lendemain matin pour remonter bientôt à 41°,6. A midi, le malade va mourir : la face est absolument cyanosée, la bouche couverte; il n'y a plus de réflexe cornéen; respiration à peine sensible. L'examen du cœur montre les cavités droites dilatées.

C'est alors qu'on décide la saignée; on retire 250 grammes de sang, puis on fait des injections sous-cutanées de digitaline et de strychnine et on fait avaler au malade de l'eau-de-vie. La cyanose disparaît graduellement, le pouls si faible et si irrégulier devient en quelques minutes plus plein et moins rapide; bientôt les mouvements respiratoires se rétablissent. Une heure plus tard, puis toutes les trois heures le jour suivant, on répète les injections de digitaline et de strychnine, on donne des lavements de lait et de peptone, du bouillon, de l'eau-de-vie.

Déjà cinq heures après la saignée le malade avait repris toute conscience. Le lendemain, des phénomènes de congestion pulmonaire hypostatique cédèrent au traitement approprié. Dans la suite la température menaça de monter encore deux ou trois fois, atteignant 39°5, ou 40 degrés, mais en somme le malade guérit, et guérit parfaitement.

Ainsi donc la saignée a agi ici en soulageant le cœur droit distendu et aussi en abaissant la température alors qu'avaient échoué les antipyrétiques.

Une dilatation chronique du côlon a été rencontrée par **MM. D. Rolleston** et **Warrington-Howard** dans les circonstances suivantes : un garçon de douze ans était constipé depuis l'âge de six mois. Quand il entra à Saint-Georges Hospital, il était très émacié, les yeux étaient enfoncés, le teint bistré, l'abdomen énormément distendu et les contractions péristaltiques de l'intestin se voyaient à travers la paroi. Pendant les trois mois où M. Rolleston suivit le malade, ce ballonnement présenta de fréquentes variations, presque soudaines parfois.

Pendant un temps, même, l'enfant s'améliora : l'intestin fonctionnait régulièrement et le ventre devenait souple : par accès seulement, et pendant un jour ou

deux, la constipation reparaissait et s'accompagnait de vomissements.

Aucun traitement n'améliorai ces périodes, sauf le calomel peut-être. Dans une de ces crises l'enfant mourut; il n'y eût pas, d'ailleurs, de phénomènes d'obstruction proprement dit. A l'autopsie, dilatation énorme du côlon et voilà tout : nulle part de rétrécissement ni de compression. La muqueuse était, par place, exulcérée, la musculeuse était hypertrophiée : double lésion sous la dépendance, sans doute, à la distension intestinale.

M. Hole White fait remarquer, à propos de cette observation, que si les dilatations du côlon, secondaires à la constipation, sont relativement bien connues, il n'en est pas de même pour les dilatations congénitales de cet intestin; que de celles-là aucune explication satisfaisante n'a été donnée; et qu'on a dû parfois pratiquer la colotomie pour assurer un cours aux matières.

A la *Royal Academy of Medecine in Ireland*, discussion sur la **paracentèse du péricarde**. **M. O'Carroll** a pratiqué la paracentèse pour une péricardite purulente metapneumonique, et établi un large drainage. L'opéré a survécu deux mois; localement, les résultats étaient bons et le pus tarissait progressivement, mais le malade est mort épuisé et cachectique. L'autopsie montra les deux feuillets de la séreuse accolés partout, sauf en un point, en avant, qui ne contenait pas 5 grammes de pus.

M. Walter G. Smith trouve, dans cette observation, un puissant encouragement à l'intervention précoce dans les cas semblables.

M. A. Boyd a retiré une fois du péricarde plus de 100 grammes d'épanchement séro-fibrineux; le malade a guéri. La fièvre donnerait des indications trompeuses : Il peut y avoir purulence de l'épanchement avec une température normale.

La broncho-pneumonie est, chez l'enfant, une cause fréquente de péricardite; il faut toujours y songer. L'intervention devrait être bien plus fréquente qu'elle ne l'est aujourd'hui.

M. Finny juge, au contraire, que l'opération n'est que bien rarement indiquée; pour lui, il ne l'a pratiquée qu'une fois et sans succès.

On ne peut songer à intervenir que dans les cas de grand épanchement, et de grand épanchement purulent. Or, c'est là, en somme, une occurrence peu fréquente.

A la *British Gynecological Society*, **M. Robert Bell** et ensuite **M. Leith Napier** exposent les résultats de **l'opothérapie dans les maladies de l'utérus et de l'ovaire**.

C'est par des considérations toutes théoriques sur les rapports physiologiques entre l'utérus et la mamelle, les rapports pathologiques entre l'ovaire et la parotide, que M. Robert Bell a été ramené à administrer de l'extrait de mamelle à deux femmes atteintes de corps fibreux, à deux autres qui souffraient de ménorrhagies; de l'extrait de parotide à quatre femmes aux ovaires malades, et du suc tyroïdien à trois autres patientes atteintes d'épithélioma du col. Les résultats lui ont paru très nettement satisfaisants, surtout dans les lésions de l'ovaire.

M. Leith Napier est loin de ces vues théoriques contre quoi s'élèvent d'ailleurs plusieurs membres de la Société. Mais il a eu dernièrement connaissance du cas suivant de M. Jonin. On traite une femme obèse par le suc tyroïdien: il se trouve, qu'en même temps, cette femme porte un corps fibreux; or, au bout de quelques mois, la tumeur qui dépassait de deux pouces l'ombilic, n'est plus qu'à un pouce au dessus du pubis. Ce fait suggéra à M. Napier d'essayer du suc tyroïdien dans les cas de fibro-myomes. Il possède cinq cas, dont trois trop récents pour en pouvoir tirer une conclusion ferme; des deux autres, l'un est un insuccès : c'était un fibro-myome dur; l'autre, un fibro-myome mou, est un succès complet.

RUSSIE

A la *Société des neuropathologistes de Moscou*, **Minor** et **Alexandroff** ont fait une communication fort importante : **sur l'intervention chirurgicale dans deux cas d'affection cérébrale et spinale chez des enfants.** Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de douze ans, chez laquelle il s'était développé très rapidement une paraplégie complète avec rigidité et un commencement d'escharre au sacrum. La marche rapide de la maladie et l'état fébrile parlaient en faveur d'une affection aiguë de la moelle. Etant donné, d'un côté l'état très grave de la petite malade et de l'autre l'échec de tous les moyens thérapeutiques employés, on décida de recourir à une intervention chirurgicale. La malade endormie, on fit une incision le long des apophyses épineuses, à partir de la 3e vertèbre cervicale jusqu'à la 5e vertèbre thoracique, et on réséqua les arcs vertébraux. La dure-mère fut trouvée épaisse, et ressemblant quelque peu à une dure-mère atteinte de dégénérescence tuberculeuse; pas d'abcès. La plaie ne fut pas lavée mais simplement saupoudrée à d'iodoforme; on mit un drain et l'on appliqua des sutures. La réunion se fit par première intention. Les douleurs et les crampes ont d'abord quelque peu diminué, mais elles reprirent bientôt leur intensité première; en même temps il se déclara une pneumonie du côté droit, et la malade succomba vingt-deux jours après l'opération, dans un accès de suffocation. A l'autopsie, on constata ce qui suit : le long du corps des cinq dernières vertèbres cervicales, on trouve, de chaque côté deux noyaux assez denses, irrégulièrement fusiformes; cette néoformation pénetre dans l'épaisseur de quelques corps vertébraux et se propage, par place, sur la dure-mère. La région cervicale de la moelle est œdémateuse, mais son volume ainsi que l'aspect des coupes dans les régions supérieure et inférieure sont normaux; le tiers moyen, au contraire, est visiblement aminci et mou au toucher. Dans les régions thoracique et lombaire, on trouve une grande quantité de liquide séreux entre la surface de la moelle et la dure-mère. En outre, dans le tiers supérieur de la région thoracique, le canal central est dilaté dans une certaine longueur. Congestion pulmonaire et bronchite; inflammation suppurative des bassinets.

L'examen microscopique des noyaux a montré qu'il s'agissait d'un endothélioma qui s'était localisé primitivement à la colonne vertébrale et propagé ensuite à la dure-mère en déterminant une myélite. La maladie avait duré, en tout, cent-sept jours, mais l'on peut supposer que la tumeur s'était formée plus tôt, sans se manifester par des phénomènes morbides appréciables. Comment expliquer l'état fébrile? En l'état actuel de la science, cette explication ne saurait être donnée, et il faut admettre simplement que les tumeurs qui se localisent à la région cervicale de la moelle peuvent déterminer une élévation considérable et prolongée de la température.

Le deuxième cas concerne une petite fille d'un an chez laquelle, à la suite d'un rétrécissement spontané d'un spina-bifida, il s'était développé un œdème du cerveau La circonférence de la tête était de 62 cent. 5. Par une ponction dans la région occipitale droite, on retira 140 grammes d'un liquide clair transparent; on injecta alors 13 grammes du mélange suivant.

Teinture d'iode	10	grammes.
Alcool	10	—
Eau distillée	25	—

La circonférence de la tête mesurait, après l'opération, 60 cent. 5 Deux jours après, malgré l'élévation considérable de la température, l'état général était satisfaisant, mais bientôt commencèrent des convulsions généralisées, et l'enfant succomba. Autopsie : os craniens très amincis et fortement écartés; hémisphères cérébraux transformés en grosses vessies remplies d'un liquide jaunâtre, transparent.

La substance cérébrale forme à leur surface une lamelle de 50 centimètres d'épaisseur au plus; sur une coupe transversale, on distingue très bien les couches grise et blanche. Ventricules excessivement dilatés; pie-mère de la moelle épaissie, trouble, adhérente, par places, à la dure-mère; moelle dans sa région inférieure impossible à reconnaître : épaissie, demi-transparente, uniformément grise; dilatation du canal central.

Une autre communication intéressante a été faite par **M. Miloslavsky sur la théorie de contact** à la *Société des neuropathologistes de Kazan*. Après avoir passé en revue les opinions de différents auteurs, Miloslavsky rapporte ses expériences personnelles dont il résulte que, seules, les terminaisons finales des prolongements cylindraxiles ou de leurs collatéraux servent à la transmission de l'excitation; les *prolongements protoplasmiques ne peuvent pas transmettre l'excitation*. Exner (de Vienne), est arrivé, du reste, d'après Miloslavsky, aux mêmes conclusions.

La découverte de Rœntgen étant de plus en plus d'actualité, nous croyons intéressant de signaler la communication faite par **Tonkoff** à la *Société d'anthropologie* sur **l'application des rayons de Rœntgen à l'étude du développement du squelette**. Tonkoff voulut rechercher si, à l'aide du procédé de Rœntgen, on ne pourrait pas déterminer le moment où s'arrête la croissance des os, c'est-à-dire où disparaît la couche cartilagineuse, placée entre les diaphyses et les épiphyses des os, longs. Tonkoff a fait d'abord des expériences sur des fœtus de quatre, cinq, six et dix mois, dans le but d'obtenir l'image des points d'ossification primitifs. Le résultat obtenu est des plus satisfaisant; il faut signaler toutefois ce fait intéressant que les dimensions des os, sur les images photographiques, sont un peu plus considérables qu'elles ne sont en réalité. Il a pris ensuite des photographies d'un garçon de huit ans et demi (bras et jambe), d'une fillette de treize ans (bras). Chez le garçon, on voit nettement la couche cartilagineuse qui sépare l'épiphyse de la diaphyse, des phalanges et du corps, tandis que chez la fillette, la couche cartilagineuse séparant l'épiphyse du radius de la diaphyse est à peine perceptibles. Tonkoff prit enfin la photographie de la main de trois étudiantes, âgées de dix-huit ans et demi, dix-neuf ans et demi et vingt ans. On ne voit nulle part de couche cartilagineuse, et pourtant celle-ci ne disparaît, le plus souvent, qu'à vingt ans. Ces expériences, fort curieuses, montrent donc que le procédé de Rœntgen permet de se rendre un compte très exact de la marche de l'ossification. Il suffirait de faire des photographies à des époques successives pour voir, pour ainsi dire, comment croissent les diaphyses, et comment apparaissent, les uns après les autres, les points d'ossification, en un mot, surprendre *de visu* un des processus les plus intéressants et les plus difficiles à observer.

Signalons, pour terminer, la communication de **Michelson** à la *Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg* sur les **kystes du corps jaune**. Michelson a eu l'occasion d'examiner microscopiquement un k du corps jaune, enlevé par M. Harian-ky. Le tableau croscopique était à peu près celui qui a été noté d'autres observateurs, mais il présentait, toutefois, la ticularité suivante : l'enveloppe du kyste était consti par de vieilles fibres conjonctives. Telle n'était pas effet, la structure de l'enveloppe de Nagel et de Fraen dans ces cas, l'enveloppe était constituée par un ré vasculaire et par une ramification considérable de p vaisseaux. Cette particularité permet à Michelson de tester l'opinion émise par Fraenkel, d'après laquell contenu du kyste est formé aux dépens des capillai D'une façon générale, la question de l'origine kystes du corps jaune n'est pas encore élucidée.

ITALIE

A la *Société des hôpitaux de Rome*, **Memmo** com nique ses **recherches bactériologiques sur rage**. Après de nombreuses tentatives, il réussit à obt une culture pure d'un blastomycète de la moelle, un lapin mort de la rage expérimentale par le v fixe. Memmo a fait des inoculations à différents maux, en leur injectant une émulsion stérilisée l'eau distillée d'une culture, poussée sur de l'aga âgée de quarante-huit heures. Les cobayes, injectés la cavité abdominale, sont tous morts en l'espac vingt jours, avec des phénomènes de paralysie. L'é sion de la moelle d'un de ces cobayes a été inje sous la dure-mère, à un lapin, et dans la cavité a minale, à un cobaye : les deux animaux succombè dans un état de consomption très prononcée. Les la inoculés sous la dure-mère avec la culture pure, morts longtemps après l'inoculation, dans un état d'a grissement extrême. Un chien a été inoculé sous la d mère, trois autres dans la région frontale et dans l'h chondre. Trois sont morts en l'espace de treu soixante-dix jours. Peu de temps avant la mort avaient manifesté l'envie de mordre ceux qui les en raient. Ces animaux avaient été frappés de paral d'abord dans les membres postérieurs, puis dans membres antérieurs.

Pendant que Memmo poursuivait ses recherches, petit garçon de quatre ans, soigné pour la rage à l titut d'hygiène, vint à mourir. Memmo réussit à is dans le cerveau de cet enfant, un blastomycète dans culture pure. La culture sur l'agar de ce blastomycèt inoculée sous la dure-mère d'un lapin; l'animal succo onze jours après, en présentant une paralysie comp des membres postérieurs. Les centres nerveux n'offra aucun lésion digne d'être signalée; mais, dans le cerv on put de nouveau isoler le blastomycète. En outre, les coupes de la moelle de l'enfant mort de la rag traitée par le procédé de Gramm, on rencontra des mes de blastomycète qu'on pouvait approcher de c décrites dans les tissus (S nfelice). Le blastomyc isolé dans le cerveau de l'enfant, était identique par caractères de culture à celui qu'on avait trouvé ch lapin.

Memmo se propose de poursuivre ses recherche d'en publier les résultats.

Signalons encore, à l'*Académie de médecine de Gé* la communication de **Perrando** sur l'action des **aldéhy formiques sur l'économie**. Nos connaissances, cernant la voie d'élimination des formaldéhydes l'organisme, sont encore fort incomplètes. Il p qu'elles s'éliminent sous forme de produits de combus définitive : acide carbonique et eau. Perrando est p à croire que l'élimination peut encore avoir lieu so forme de produits de combustion incomplète, su dans le cas où la dose administrée et les conditions ciale de l'expérience ne sont pas de nature à favo la décomposition. Pour le démontrer, il faisait r rer les animaux dans un tube qui conduisait expiré dans un récipient rempli d'eau; il a examiné eau à l'aide des réactions les plus sensibles, mais obtenu aucun résultat. Le résultat fut également nég en faisant passer directement l'air expiré dans un pient rempli de réactif. La formaldéhyde, injectée p voie veineuse, détermine généralement la mort des maux; et alors, on obtient une belle réaction ave bichromate de potasse. Mais cette réaction est due substance restée intacte dans les tissus, et non p une forme d'élimination de la formaldéhyde.

Les recherches de Perrando démontrent, en outre, le formal s'oppose à l'action des saprogènes sur tissus; il possède donc les propriétés antiputrides contre, son action antiseptique est nulle.

A l'*Académie de médecine de Turin*, nous signale la communication de **Perini** sur l'**immunité anti-d téritique conférée aux animaux par l'admi tration buccale des substances antitoxiq** Après avoir noté les inconvénients que peuvent senter les injections sous-cutanées de sérum et qué les bons résultats obtenus par Chantemesse l'administration rectale du sérum, Perini parle de recherches personnelles. Celles-ci consistaient à manger à des chiens des caillots sanguins provena la préparation du sérum, puis à saigner ces c quelque temps après, afin de se rendre compte du voir antitoxique de leur sang. Il résulte de ces périences qu'on peut conférer l'immunité aux ani en leur administrant, par la voie buccale des subst

antitoxiques. En outre, on serait en droit de supposer que les caillots sanguins, provenant de la préparation du sérum, pourraient servir de médicament dans la diphtérie. Il suffirait pour cela de les dessécher et de les transformer en poudre. Toute la question est de savoir si les substances antitoxiques que contiennent les caillots, ne risqueraient pas d'être altérées par la dessiccation. Serini se réserve de revenir sur ce point.

Dionisi a rapporté à la *Société des hôpitaux de Rome* un cas d'**œsophagite phlegmoneuse**. Il s'agit d'un malade qui entra à l'hôpital en se plaignant de douleurs dans le pharynx, douleurs qui s'irradiaient jusqu'à l'épigastre. On diagnostiqua une pharyngite compliquée de broncho-pneumonie. Le malade ne tarda pas à succomber, et, à l'autopsie, on constata que l'œsophage était enflammé dans toute son étendue; la sous-muqueuse et la musculaire étaient complètement infiltrées de pus; quant à la muqueuse elle était restée intacte. Il y avait, en outre, de la bronchopneumonie, de la pharyngite et une tuméfaction de la rate. L'examen bactériologique montra la présence du streptocoque. Le processus morbide avait commencé par le pharynx et, de là, s'était propagé vers l'œsophage et le poumon. Dionisi fait remarquer que des faits semblables sont, à l'heure qu'il est, peu nombreux. Et pourtant, comme l'ont montré les recherches de Meschnikoff, l'œsophage est pauvre en follicules lymphatiques et, par conséquent, doit manifester une résistance peu considérable à l'invasion des microbes. Dionisi explique la rareté de l'œsophagite phlegmoneuse par ce fait que les virus septiques se localisent rarement à la muqueuse œsophagienne.

A la *Société des Hôpitaux de Rome*, **Pasca** a rapporté **un cas de suture de la jugulaire interne**. Il s'agit d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans le cou; l'hémorrhagie provoquée par cette blessure était extrêmement grave. Comme on n'était pas arrivé à arrêter par la ligature de la jugulaire externe et de quelques petites artères, on pensa à une lésion de la jugulaire interne, et, en effet, on s'aperçut bientôt que celle-ci présentait une déchirure longue de 2 centimètres. La ligature latérale partielle ayant échoué, on décida de pratiquer la suture de la paroi veineuse. On se servit, pour cette opération, de l'aiguille de Hegar, et les points de suture furent appliqués d'après le procédé de Lembert. Après avoir suturé la veine, les muscles et les aponévroses, on sutura la peau, et, à l'aide d'un pansement, on immobilisa la tête. La guérison se fit en vingt jours, sans qu'on pût noter de troubles circulatoires apparents, soit du côté du cerveau, soit du côté de la face. Pasca fait remarquer que, sur 32 cas de sutures veineuses recueillis par Pilke, il ne se trouve qu'un seul cas de suture de la jugulaire interne; et, dans ce cas, la suture fut suivie d'une hémorrhagie secondaire, ce qui n'a pas eu lieu chez le malade en question. Pasca insiste encore sur ce point particulier que le fait qu'il vient de rapporter confirme l'hypothèse émise par Richet, d'après laquelle, les muscles et les aponévroses de la région cervicale jouent un grand rôle dans la circulation veineuse du cou. En effet, il n'y a pas pénétration d'air, ce qui s'explique justement par la rupture des muscles et des aponévroses, attendu que d'après Pasca, cette pénétration ne peut avoir lieu que lorsque les muscles et les aponévroses sont intactes.

Comba vient de faire à l'*Académie de Médecine et de Physique de Florence* une communication intéressante sur **un cas de septicémie et de sclérème chez un nouveau-né**. Il s'agit d'un enfant né à huit mois et demi; l'accouchement avait été laborieux. Quelques jours après la naissance apparurent de l'ictère et une induration du tégument cutané au niveau des membres inférieurs, du dos et de la face; à l'hôpital, où l'enfant fut apporté le septième jour, on constata les phénomènes suivants : aphonie, respiration superficielle et irrégulière; pouls imperceptible, température rectale à 36 degrés; ictère; rigidité des muscles de la face et des membres inférieurs, induration sclérémateuse généralisée typique; matité aux deux bases. Neuf heures après son entrée, l'enfant mourut. A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes : infiltration séreuse de la couche cellulaire sous-cutanée et des muscles des membres; bronchite diffuse et broncho-pneumonie pseudo-lobaire aux deux bases; foie de couleur jaunâtre; rate rougeâtre, de volume à peu près normal; reins pâles; rien dans le tube intestinal. L'examen histologique donna les résultats suivants : A l'intérieur des bronches, présence de nombreux bacilles encapsulés ne se colorant pas par la méthode de Gramm; dégénérescence graisseuse des reins, mortification de l'épithélium des tubuli; exsudat séreux dans les capsules glomérulaires; hyperémie de la couche corticale; dégénérescence graisseuse partielle des cellules hépatiques; gonflement des follicules de Malpighi, de la rate et des fibres conjonctives de la peau; infiltration séreuse dans le tissu interstitiel conjonctif des muscles; fibres musculaires intactes. La recherche bactériologique, faite avec du sang pris dans le cœur et dans les poumons, huit heures après la mort, démontra la présence d'un bacille qui, par ses caractères morphologiques, son mode de culture et son action pathogène sur les animaux, peut être identifié, d'après Comba, avec le bacille de Friedländer; la rate, les reins, le foie, la peau et les muscles ne renferment pas de microorganismes. Par quelle voie s'est faite l'infection? Ce n'est certes pas par l'ombilic, étant donnée l'absence d'altération des vaisseaux ombilicaux; c'est plutôt l'appareil respiratoire qu'il faut incriminer, du moins, en se basant sur l'examen anatomo-pathologique. Cette infection a eu deux conséquences : 1° l'exagération de la destruction des globules; 2° une néphrite grave par son étendue et par son intensité, ayant déterminé certainement une insuffisance rénale. C'est à cette insuffisance rénale qu'il faudrait, d'après Comba, attribuer le rôle principal dans la pathogénie du sclérème chez l'enfant qui fait le sujet de cette observation; on sait, en effet, que les auteurs modernes considèrent le sclérème comme un œdème généralisé aigu de la couche cellulaire sous-cutanée. Il est probable qu'il faudrait considérer comme causes ayant prédisposé à l'infection : la longue durée du travail, la naissance prématurée de l'enfant et enfin le froid. Comba termine son intéressante communication en disant qu'il ne peut se prononcer sur la valeur de l'hypothèse de Baginsky qui croit que le processus infectieux a une action directe sur la genèse du sclérème en déterminant des altérations au niveau des parois des vaisseaux cutanés. **Banti** dit que le cas de Comba confirme ce fait que la septicémie peut être produite chez l'homme par certaines bactéries encapsulées, ordinairement polymorphes, telles que le *proteus capsulatus septicus* décrit par Banti, et le *proteus hominis* de Bordoni-Uffreduzzi. Ces bactéries forment une famille bien distincte, à laquelle appartiennent le bacille de Friedlænder et le bacillus ictérogenus capsulatus que l'auteur a déjà signalé à l'Académie.

Répertoire thérapeutique

Normalement, les sécrétions des glandes annexées au tube digestif, de même que les sécrétions de l'appareil gastro-intestinal lui-même, président aux phénomènes chimiques de la digestion; on admet, d'une façon générale, que leur altérations, soit en quantité, soit en qualité, ont pour conséquence naturelle des troubles digestifs, divers malaises, en un mot, un état dyspeptique, dont un des principaux symptômes est la constipation.

La constipation est, comme nous venons de le dire, le symptôme d'états très divers; nous ne devons pas ici faire son étude pathogénique, ni indiquer sa valeur séméiologique; mais il est nécessaire cependant de démontrer les effets que peut produire cette affection, très commune surtout chez la femme, et de savoir s'il faut ou non compter sur une substance modificatrice des sécrétions intestinales, dans le traitement de cet état dyspeptique.

Les évacuations alvines deviennent rares, les matières, expulsées avec beaucoup d'efforts, sont dures et sèches, souvent teintées d'un peu de sang; on éprouve une sensation de plénitude, un sentiment d'embarras désagréable; puis, quand cet état se prolonge, on ressent du malaise, de la tension dans le ventre, une dimiution de l'appétit, avec dégoût marqué pour les aliments; la langue devient blanche, pâteuse, la tête lourde, congestionnée. Voilà, en quelques mots, l'exposé de cet état particulier qui se résume en un seul terme — constipation.

Que n'a-t-on pas dit, que n'a-t-on pas écrit à ce sujet? Chacun avait un traitement spécial efficace; aussitôt employé, c'était merveille; peu de jours après, la constipation était plus opiniâtre qu'auparavant. C'est que le traitement de la constipation, pour être efficace, doit être approprié à la cause déterminante et non au symptôme lui-même. La plupart des traitements employés s'adressent, en effet, au phénomène seulement produit, à la constipation, et laissent de côté les causes génératrices : atonie ou inertie de l'intestin, insensibilité de la muqueuse, insuffisance dans la qualité ou la quantité des sécrétions glandulaires gastro-intestinales, et d'autres.

Divers régimes ont été préconisés, et cela sans résultats, du moins appréciables : lavements, suppositoires ont leurs partisans; le cortège imposant des purgatifs est passé en revue; mais qu'on se serve des drastiques ou des salins, leur action n'est que momentanée, s'épuise rapidement et la constipation apparaît à nouveau ou, pour mieux dire, n'a jamais cessé d'exister.

Dans cet état de choses, il était nécessaire de trouver une substance qui pût venir en aide et combler ce désideratum. Le Dr J.-M. Bundy de Calusa fit connaître, dans ces dernières années, les propriétés laxatives de l'écorce du Rhamnus purshiana, la Cascara sagrada. Les rhamnées sont depuis longtemps employées aux États-Unis, à cause de leur pouvoir laxatif, tandis que la vieille pharmacopée de l'Europe usait de longue date du nerprun, qui est aussi de la famille des Rhamnées; et, de l'avis, de plusieurs, la cascara sagrada devait devenir un laxatif véritablement efficace, à la condition, toutefois de la débarrasser de certains inconvénients que comporte son emploi en nature.

C'est à M. Maurice Leprince que revient le mérite d'avoir, le premier, isolé le principe actif de la cascara sagrada, et de l'avoir présenté dans son état de pureté absolue : M. Leprince a rendu un réel service à la thérapeutique en créant la cascarine.

M. Dujardin-Beaumetz[1] parle de ce nouveau produit, l'emploie dans son service, etlui doit des succès.

M. Marc Laffont[2], dans son excellent et consciencieux travail sur les rhamnées, présenté à l'Académie de médecine (14 juin 1892), conclut à l'efficacité de la cascarine Leprince pour la guérison de la constipation. Enfin, tout récemment, M. Lemoine, de Lille, dans son dernier travail de thérapeutique vient de recommander aussi l'usage de la cascarine.

Une question des plus intéressante à élucider est le mode d'action de la cascarine sur le tube gastro-intestinal. M. Tison[3], médecin de l'hôpital Saint-Joseph, prétend que « le principe actif du Rhamnus purshiana n'agit pas par osmose, comme le font les eaux purgatives salines, ni par irritation, comme les cathartiques et les drastiques. Il y a là une action qui paraît être plutôt musculo-nerveuse et qui, en stimulant les fibres nerveuses de l'intestin, en sollicitera doucement les contraction qui amèneraient une progression plus rapide des matières, ce qui expliquerait leur état de mollesse au moment de l'évacuation. On comprendrait ainsi pourquoi la cascarine ne purge pas, n'irrite pas, ne détermine pas de coliques... »

Enfin, qu'il nous soit permis de bien insister sur ce fait, que la cascarine n'est pas seulement un copragogue, mais un cholagogue par excellence : elle agit d'une façon efficace et véritablement surprenante dans tous les cas d'ictère catarrhal, en ramenant la bile dans l'intestin et faisant disparaître promptement la teinte jaune de la peau.

En général, les maladies du foie se trouvent bien de l'usage de ce cholagogue.

Enfin, en terminant, nous pouvons ajouter que, dans tous les cas de constipation liée à des affections utérines, nerveuses, organiques ou résultant de la grossesse, ou consécutive à la période d'allaitement, la cascarine Leprince est d'une supériorité incontestable sur toutes les préparations similaires.

Le meilleur mode d'administration est de donner, le soir avant de se coucher, deux pilules de cascarine; exceptionnellement, porter cette dose, à trois ou quatre pilules. Il ne faut pas oublier que l'effet de la cascarine met quelquefois longtemps à se produire, et qu'il faut persévérer dans le traitement quinze jours ou trois semaines, et, qu'une fois les gardes robes régulièrement établies, il vaut beaucoup mieux prescrire une pilule au repas du matin et une à celui du soir. On obtiendra ainsi une selle non diarrhéique par vingt-quatre heures, quelle que soit l'opiniâtreté de la constipation.

1. « Médication nouvelle », Paris, 1892.

2. « Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique des Rhamnées; cascara sagrada, cascarine ». Paris, 1892, imp. Melzer.

3. « Contribution à l'étude de la cascarine ». Bourges, 1894, imp. Tardy-Pigelet.

BIBLIOGRAPHIE

Louis Unger, professeur à l'Université de Vienne. — *Manuel de Pédiatrie*. Exposé concis et systématique des affections infantiles, à l'usage des étudiants et des praticiens. Traduction française par D. de Buck et D. de Moor, 1 beau vol. gr. in-8, de 930 pages, avec 27 figures. Prix : 16 fr. (Georges Carré, éditeur).

A. B. Marfan. — *De l'allaitement artificiel*. 1 vol. in-8, de 156 pages. Prix : 3 fr. (G. Steinheil, éditeur).

Auvard. — *Thérapeutique gynécologique*. 1 vol. in-12, de 330 pages, avec 88 figures, relié. Prix : 4 fr. (Octave Doin, éditeur).

Polaillon. — *Statistique et observations de chirurgie hospitalière*. Fascicule III : *Affections chirurgicales du tronc* (rachis, thorax, abdomen, bassin). 1 vol. in-8, de 550 pages, avec figures. Prix : 6 fr. (Octave Doin, éditeur).

Ch. Vibert. — *Précis de médecine légale*. 4e édition. 1 vol. in-8 raisin, de 912 pages, avec 87 figures et 5 planches en chromotypographie. Prix : 3 francs. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marthereux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLERÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

PEPTO-SANTAL VICARIO
Préparation obtenue par digestion pancréatique, pouvant seule être absorbée à haute dose, la meilleure et la plus active contre les MALADIES des VOIES URINAIRES.
Dose : de 6 à 18 Capsules (de 0,20) par jour.
Phar^cie VICARIO, 13, B^d Haussmann (*près la rue Taitbout*), Paris.

TUMEURS -- CANCERS TRAITEMENT PAR LE THUYA WUHRLIN
Observations cliniques par les D^rs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Fuaquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
SIROP ET GRANULES CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON
DOSES : Adultes, une cuillerée à bouche ou 2 granules matin et soir, 1 h. avant ou 2 h. après les repas.
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et Pharmacies.

PHOSPHATOSE VAUDIN
PHOSPHATE DE CHAUX PHYSIOLOGIQUE
Complètement Assimilable, tel qu'il existe dans le Lait.
Préparation par excellence pour toutes les affections de l'enfance et de l'âge adulte, dans lesquelles les phosphates sont indiqués : ***Troubles de la croissance, Maladies des os, Rachitisme, Maladies des organes respiratoires, Lymphatisme, Convalescences en général, toutes les Tuberculoses, Anémie***, etc. Dans la ***Grossesse***, l'***Allaitement***, pendant la ***Dentition*** et le ***Sevrage des enfants***, la **PHOSPHATOSE** rendra de très grands services.
DOSES :
ADOLESCENTS et ADULTES : 2 à 4 cuillerées à café par jour.
ENFANTS : 1 à 2 cuillerées à café par jour suivant l'âge, délayée dans du lait ou mélangée aux potages.
Détail : Ph^cie VAUDIN, à Fécamp (S.-Inf.) ; Ph^cie BRETONNEAU, 6, R. Marengo, Paris
et dans toutes les Pharmacies.
Vente en Gros : S^te F^ce de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, 9, R. de la Perle, Paris.
PHOSPHATOSE VAUDIN — PHOSPHATE DE CHAUX PHYSIOLOGIQUE

Farine lactée Nestlé
Cet aliment, dont la base est le bon lait, *est le meilleur pour les enfants bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*
En outre, pour les adultes convalescents *ou* valétudinaires, *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*
A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES
MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom **NESTLÉ** *sur leurs ordonnances.*

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vital de JACQUEMAIRE
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER
1° SOLUT. GAZEUSE ; 2° GRANULE ; 3° SOL. INJECTABLE ; 4° SIROP ;
indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol
Marque "GRIFFON"
Antiseptique interne et externe
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.
L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

LACTO-FER du Dr GISCARD
IN HOC SIGNO VINCES
Marque de Fabrique déposée
C'est la préparation ferrugineuse par excellence. Elle ne fatigue pas l'estomac et ne constipe jamais.
Employée avec le plus grand succès dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.
DOSE : 2 à 8 pilules par jour. — FLACON DE 100 PILULES : 3 FR.
VENTE EN GROS : CHASSEREAU-MENARD, Commissionnaire, 48, Faubg Poissonnière.

LYSOL ANTISEPTIQUE. — *Échantillon* franco à *MM. les Médecins qui en font la demande.*
22 et 24, PLACE VENDOME

CONTRE Maux de gorge, Aphtes, Extinction de voix, Angine, etc.
GARGARISME SEC du Dr WILLIAMS
UTILE aux Orateurs, Prédicateurs Chanteurs, Conférenciers, etc.
Ce Bonbon composé d'Extrait de mures et de roses rouges renferme 0,05 de Bi-Borate de Soude et 0,001 de Chlorhydrate de Cocaïne pur. — Il présente sur les gargarismes liquides l'immense avantage : 1° d'être très portatif et par conséquent de pouvoir être utilisé à tout moment et en tous lieux ; 2° de rester plus longtemps en contact avec les parties malades et d'atteindre plus avant dans la gorge. Il tonifie les muqueuses, déterge les parties excoriées et calme les inflammations existantes.
DÉPÔT : *PHARMACIE NORMALE*, 19, Rue Drouot, PARIS.

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.
Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.
HYGIÈNE PUBLIQUE Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.
HYGIÈNE PRIVÉE Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.
Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.
PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES
Vente en Gros : MM. J. HAYEM et C^ie, *Paris* ; A. GRANDJEAN et C^ie, *Reims* ; BLIN et BLIN, *Elbeuf*, seuls Concessionnaires.

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.